Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2618

Vragen van het lid **Pia Dijkstra** (D66) aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de gevolgen van de wijziging van financiering voor de soa-poli Amsterdam* (ingezonden 2 juni 2015).

Antwoord van Staatssecretaris **Van Rijn** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 18 juni 2015)

Vraag 1
Bent u bekend met de notitie «Gevolgen wijziging financiering voor soa-poli Amsterdam»?[1]

Antwoord 1
Ja, deze is mij bekend.

Vraag 2
Wat is uw reactie op het bericht dat de komende drie jaar 6.000 mensen per jaar niet langer in aanmerking komen voor een gratis test op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa-test) bij de GGD terwijl deze wel in de «risicogroep» vallen?

Antwoord 2
Iedereen kan in principe bij zijn of haar huisarts terecht voor seksuele hulpverlening. Bepaalde risicogroepen kunnen daarnaast gebruik maken van de aanvullende seksuele gezondheidsregeling uitgevoerd door de GGD. Dit is, zoals de naam al aangeeft, aanvullend op de reguliere zorg en heeft daarvoor verschillende grondslagen. Risico op besmetting van derden is daar een van, een andere is om jongeren voorlichting te geven over seksuele weerbaarheidsverbetering en ter voorkoming van ongewenste zwangerschappen en soa. Tenslotte behoren slachtoffers van seksueel geweld tot de doelgroep zodat de GGD integrale hulpverlening met justitie en politie vorm kan geven. Het financiële plafond stimuleert GGD-en efficiënter te gaan werken, zoals duidelijker afbakenen wie op basis van doelgroep en risicogedrag als eerste in aanmerking komen voor consulten (triëren) en strakkere prijs afspraken maken met laboratoria. Daarnaast is een aantal doelgroepen afgevallen als risicogroep. Met deze maatregelen kunnen zij ruimte creëren om meer

[1] http://zoeken.amsterdam.raadsinformatie.nl/cgi-bin/showdoc.cgi/action=view/id=235943/type=pdf/notitie_gevolgen_wijziging_financiering_ASG_voor_commissie_28_mei_2015.docx.pdf

ah-tk-20142015-2618
ISSN 0921 - 7398
’s-Gravenhage 2015

mensen te testen. Zij zullen dat doen op basis van de lokale epidemiologische gegevens bij mensen met het hoogste risico op soa. Zoals gezegd kan eenieder, ook personen die tot de doelgroepen behoren, altijd in de eerste lijnszorg terecht.

Vraag 3
Bent u bekend met de onacceptabel lange wachttijden voor mensen die mogelijk met hiv besmet zijn? Zo ja, hoe kan ervoor gezorgd worden dat zij binnen de streeftijd van 48 uur behandeld worden zonder andere belangrijke risicogroepen (zoals homoseksuelen en jongeren) af te wijzen?

Antwoord 3
Cliënten die recent onbeschermd seksueel contact hebben gehad met een verhoogd risico op hiv, krijgen volgens GGD Amsterdam binnen de gestelde richtlijnen een consult, waarbij Post Expositie Profylaxe (PEP) kan worden voorgeschreven om mogelijke hiv-besmetting te voorkómen. Deze cliënten worden dus op tijd gezien.
Het is aan de professionaliteit van de beroepsgroepen om goede zorg te bieden. Wachttijden zijn uiteraard nooit wenselijk. De zorgprofessionals hebben richtlijnen waarin zowel de individuele cliënt zo goed mogelijk bediend wordt als ook de volksgezondheidsaspecten in ogenschouw genomen worden. Zij zijn zeker in staat om de juiste afweging te maken op basis van de richtlijnen, over wie op welk moment gezien of doorverwezen kan worden, de zogenoemde medische triage.

Vraag 4
Wat is uw reactie op het feit dat het aantal mensen dat een soa heeft de komende jaren zal blijven stijgen terwijl het percentage mensen dat in aanmerking komt voor een soa-test bij de GGD gelijktijdig daalt?[2]

Antwoord 4
Het is nog onduidelijk of het aantal mensen met een soa de komende jaren zal stijgen. We beschikken in Nederland niet over prevalentiecijfers in de algemene bevolking. Het is ook goed mogelijk dat de vindpercentages zullen stijgen vanwege scherpere medische afweging (triage), waardoor cliënten met een laag risicogedrag minder snel getest worden, maar eerder informatie of voorlichting zullen ontvangen.
Het bedrag dat de GGD-en ontvangen is niet gedaald, maar gelijk gebleven aan 2013. Een aantal risicogroepen valt niet meer in de regeling, gezien hun vergelijkbare risico met de rest van de Nederlandse bevolking. Of het aantal mensen dat voor een soa-test komt bij de GGD-en daalt, hangt af van de epidemiologie, de triage, waarin naast risicogroep nu ook het risicogedrag wordt meegewogen en de efficiëntiegraad die de betreffende GGD door kan voeren.

Vraag 5
In hoeverre strookt het feit dat meer dan de helft van de afspraakverzoeken voor risicogroepen, zoals bijvoorbeeld mannen die seks hebben met mannen en sekswerkers, wordt afgewezen als gevolg van de plafondfinanciering, met het preventief aanpakken van soa's? Bent u op de hoogte van mogelijke risico's die hierdoor ontstaan? Zo nee, bent u bereid dit te onderzoeken?

Antwoord 5
De kans op soa onder MSM en sekswerkers verschilt sterk (MSM zeer hoog, sekswerkers minder hoog). Beide groepen hebben gemeen dat zij goed op de hoogte zijn van het risico op het oplopen van een soa. Ook weten deze personen goed hoe ze zichzelf tegen soa en hiv kunnen beschermen. En kunnen deze personen te allen tijde bij hun huisarts terecht. Veel van de gebruikers van de diensten van de GGD zien de aanvullende regeling echter als een laagdrempelige en klantvriendelijke plek om zich routinematig te laten testen. RIVM monitort met de GGD-en de testen, inclusief de doorverwijzingen en de opvolging daarvan. De resultaten, inclusief veranderende risico's zullen in de evaluatie van 2018 meegenomen worden.

---

[2] Kamerstuk 32 239, nr. 3

Vraag 6
In hoeverre vindt u de plafondfinanciering nog houdbaar gezien het feit dat alle risicogroepen van een soa kosteloos bij de soa-poli van de GGD behandeld moeten worden?

Antwoord 6
Zie antwoord bij vraag 2. Iedereen kan te allen tijde bij de eerstelijnszorg terecht. Daar ligt de basis van de seksuele gezondheidszorg. De regeling is aanvullend. De aanpassing van de regeling is nog slechts een paar maanden van kracht en GGD-en zijn nog in transitie om aanpassingen te doen. Het is nog te vroeg om een uitspraak te doen over het effect. Daarom is de evaluatie voorzien in 2018.

Vraag 7
Bent u op de hoogte van de mogelijke (lange termijn) gevolgen van risicomijdend gedrag? Zo ja, bent u bereid het plan van aanpak ter preventie van risicomijdend gedrag te verbreden door middel van extra financieringsmogelijkheden? Zo nee, bent u bereid dit te onderzoeken en/of te monitoren?

Antwoord 7
Ja, daarvan ben ik op de hoogte. Daarom is de regeling ook aangepast om naast de risicogroepen ook risicogedrag mee te nemen in de triage door de professionals. Naast de aanvullende seksuele gezondheidsregeling voor GGD-en subsidieer ik landelijke instituten zoals SOA Aids Nederland, Rutgers en FIOM voor voorlichting en om bewustzijn over seksuele gezondheid te vergroten. Het RIVM monitort met de GGD-en het aantal testen, prevalentie van soa's en hiv van geteste en gemelde personen. De landelijke instituten monitoren periodiek de bredere seksuele gezondheid van de Nederlandse bevolking. Hiermee blijf ik voldoende op de hoogte van de ontwikkelingen op soa's en de seksuele gezondheid in de brede zin.

Vraag 8
Hoe kijkt u aan tegen het feit dat een test bij de huisarts tot vier keer zo duur kan uitpakken vergeleken met een test bij de GGD? Wat ziet u, in het licht van deze kosten, in de mogelijkheden om de zelftesten een prominentere rol te geven?

Antwoord 8
Ik ben ermee bekend dat de kosten kunnen verschillen. Het hangt van de onderhandelingsresultaten van de zorgverlener af hoeveel een test uiteindelijk kost.
Er bestaat een verschil tussen zelftesten (zoals via internet) en zelfafnametesten (thuistesten). Voor de laatste weten we zeker dat deze door een betrouwbaar laboratorium worden uitgevoerd en de uitkomsten via een zorgverlener worden meegedeeld, waardoor counseling en therapie beter geborgd zijn. Veel GGD'en zetten thuistesten ter aanvulling van hun face-to-face aanbod in. Dit is onderdeel van het zich steeds meer ontwikkelende e-health aanbod. Dit is een van de instrumenten voor de GGD-en om de efficiëntie in de uitvoering te verhogen.

Vraag 9
Bent u bereid de door u aangegeven evaluatie in 2017 naar voren te halen en de plafondfinanciering op korte termijn te evalueren? Zo nee, waarom niet? Zo ja, welke actie bent u voornemens om te nemen en op welke termijn?

Antwoord 9
De aangepaste regeling is nog maar net in werking getreden en heeft tijd nodig om geheel te worden geïmplementeerd. GGD-en moeten nog ervaring opdoen met scherpere triage en hun onderhandelingen over tarieven. Hierin kunnen GGD-en zelf hun efficiëntie vergroten. Bovendien zijn er gegevens over meer jaren nodig om incidentele fluctuaties juist te interpreteren. Het is nog te vroeg om te zeggen of de wijzigingen en het beschikbare bedrag voldoende zijn. Daarom is de evaluatie in 2018 ingepland.